

La durée de survie après diagnostic de carcinome bronchique

THÈSE

présentée à la Faculté de Médecine de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de docteur en médecine

par

Anthony Richard TRUSSO

de

Endicott, New York (USA)

Thèse N° 2521



Digitized by the Internet Archive
in 2026

La durée de survie après diagnostic de carcinome bronchique

THÈSE

présentée à la Faculté de Médecine de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de docteur en médecine

par

Anthony Richard TRUSSO

de

Endicott, New York (USA)

Thèse N° 2521



GENÈVE

ÉDITIONS MÉDECINE ET HYGIÈNE

1957

La Faculté de médecine, sur le préavis de Monsieur le professeur G. Bickel, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 10 octobre 1957.

Le doyen :

Eric MARTIN

Thèse N° 2521

Qu'il me soit permis d'exprimer ma profonde gratitude à Monsieur le Professeur Georges Bickel, Directeur de la Clinique universitaire de médecine interne, pour l'honneur qu'il m'a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Je remercie particulièrement Monsieur le Docteur Michel Chauvet, médecin adjoint phthisiologue, qui m'a proposé le sujet de ce travail et m'a guidé de ses précieux conseils tout au long de son élaboration.

A MA MERE.

INTRODUCTION

Fréquence

Le cancer bronchique, considéré jadis comme une affection rare, occupe de nos jours une place aussi importante, sinon plus, que le cancer de l'estomac. Aux Etats Unis d'Amérique, par exemple, cette affection cause la mort de 24.000 personnes par an.

Certains pensent que l'augmentation du nombre des cancers bronchiques n'est qu'apparente et mettent ce fait à l'actif de nos moyens diagnostiques, plus perfectionnés qu'autrefois; d'autres (TAYLOR et WATERHAUS) soutiennent l'opinion contraire et admettent une augmentation réelle de la maladie. Ces auteurs donnent des chiffres qui varient quant à la fréquence et à la mortalité en Angleterre et au Pays de Galles. La comparaison entre les habitants de la campagne et des villes montre une fréquence plus grande et une plus grande mortalité chez ces derniers. Cette différence s'expliquerait par la pollution de l'air des centres urbains dont le rôle paraît important bien qu'il soit difficile de mettre en évidence des facteurs cancérogènes précis. Les autres facteurs incriminés dans la genèse du cancer bronchique sont la profession, le sexe et l'habitude de fumer. Les ouvriers exposés aux poussières de Chromate pendant une période moyenne de 14 ans 1/2 ont une mortalité quatre fois plus élevée que dans tous les autres groupes d'ouvriers. Cependant, un temps de latence aussi prolongé avant l'éclosion du cancer rend difficile l'interprétation des chiffres de mortalité.

Les études faites par HAMMOND pour l'"American Cancer Society" sur une période de 32 mois, montrent que le nombre des cancers bronchiques est de 32 sur 100.000 chez les non-fumeurs, alors que chez les fumeurs invétérés ce chiffre s'élève à 246 sur 100.000.

Dans son étude comparative sur la fréquence du cancer bronchique chez les différents groupes raciaux de Los Angeles, STEINER ne trouve pas de différence notable entre les Caucasiens, les Noirs et les Japonais. Il signale cependant le fait intéressant que chez les Mexicains la maladie est aussi fréquente chez la femme que chez l'homme. Les statistiques de certains pays comme le Mexique, la Chine, le Japon et les Philippines montrent un nombre moins élevé de cancer bronchique qu'aux Etats Unis. De même la maladie est plus fréquente chez les noirs d'Amérique que chez les noirs d'Afrique. S'agit-il là d'un effet de changement de milieu ? STEINER en conclut que le facteur étiologique du carcinome bronchique se trouve dans le milieu ambiant, mais il n'exclut pas le rôle éventuel de facteurs intrinsèques dans la susceptibilité de la cellule elle-même.

Diagnostic

Le diagnostic précoce du carcinome bronchique est souvent difficile. Les symptômes cliniques peuvent être vagues, les signes physiques absents et les examens de laboratoire négatifs. Les examens thoraciques systématiques de masses pour le contrôle et le dépistage de la tuberculose n'ont pu révéler que peu de cas de cancer bronchique, ce qui s'explique par le fait que les tumeurs malignes font leur apparition précoce dans les bronches souches. Les cas qui ont pu être décelés par ce moyen sont en général des tumeurs périphériques sans manifestation clinique bruyante. La méthode de dépistage de cancer bronchique par le moyen de radiographies thoraciques répétées présente des inconvénients: d'une part les contrôles radiologiques sont plus souvent nécessaires que pour la tuberculose, d'autre part un seul cliché de face est en général insuffisant et un cliché de profil souvent nécessaire. Ce qui n'est pas sans poser un problème économique individuel ou collectif.

Les symptômes cliniques dépendent des dimensions, de la localisation et du degré d'extension de la tumeur. Certains symptômes sont si banaux qu'on n'y attache pas grande importance. Dans un rapport concernant 186 décès par le cancer bronchique, BOYCE déclare que ce n'est qu'en relisant les anamnèses de ces malades qu'il avait été frappé par l'importance de certains symptômes pour le diagnostic.

En effet, les anamnèses routinières prises de la même façon pour tous les malades n'avaient pas permis de mettre l'accent sur les symptômes qui auraient joué un certain rôle dans le diagnostic et le traitement de la maladie:

L'irritation bronchique est à l'origine d'une toux non productive qui constitue un des symptômes habituels de la maladie aussi bien à son début qu'au cours de son évolution.

L'infection bronchique récidivante est un symptôme souvent déroutant. Elle peut réagir favorablement à un calmant de la toux et aux antibiotiques, alors que la maladie poursuit son évolution. On n'insistera jamais assez sur la nécessité d'examen radiologiques répétés lors d'une infection broncho-pulmonaire, car la persistance d'une zone d'opacité peut être due à une obstruction bronchique.

L'ulcération de la muqueuse bronchique est à l'origine des hémoptysies et c'est ce symptôme d'alarme qui conduit habituellement le malade chez le médecin. (MUSSER, WOHL).

D'après CHURCHILL l'abondance de l'hémoptysie est moins significative que sa répétition.

Parmi les symptômes tardifs de la maladie, on doit signaler une douleur thoracique profonde qui n'est pas nécessairement influencée par les mouvements respiratoires.

La perte de poids peut être précoce ou tardive. Elle dénote généralement le caractère progressif de la maladie.

L'importance de la dyspnée est proportionnelle à la diminution de la capacité vitale.

Lorsque l'obstruction bronchique est complète, on assiste à une accentuation et une augmentation de signes physiques: rétraction thoracique, diminution du murmure vésiculaire, présence de râles sur l'hémithorax atteint.

Dans les tumeurs périphériques l'atteinte pleurale produit un épanchement hémorragique dont l'examen cytologique met en évidence des cellules néoplasiques.

La plupart des tumeurs sont cependant localisées près du hile et par conséquent la tumeur se développe vers le médiastin d'où les atteintes du recurrent ou du phrénique, les troubles de la déglutition et de la phonation, les altérations du rythme cardiaque et le syndrome de la veine cave supérieure par obstruction.

Une fois la tumeur suspectée par l'examen clinique et radiologique, on procède généralement à la bronchoscopie avec biopsie. Cette dernière n'étant praticable que dans 41% des cas, on recourt à des examens cytologiques des expectorations. Mais le diagnostic histologique des expectorations, des sécrétions bronchiques ou de l'épanchement pleural est difficile. CHURCHILL recommande de prélever des sécrétions bronchiques au niveau de la lésion alors que pour FARBER les expectorations provenant d'un accès de toux profonde fournissent le même résultat de diagnostic cytologique.

BESANCON et JONG ont mis au point une méthode de fixation rapide des expectorations fraîches qui leur a permis de décrire les cellules non malignes et leur provenance.

En 1928, PAPANICOLAOU développa une méthode simple pour la fixation des sécrétions vaginales qui permit la mise en évidence de cellules cancéreuses d'origine utérine. Plus tard, il appliqua cette même méthode au diagnostic du cancer bronchique. Utilisant la méthode de Papanicolaou, HERBUT et CLERF ont pu poser le diagnostic précis dans 80% de cas.

FARBER a pu étudier les cellules malignes en faisant

des prélèvements directement à la surface de la tumeur. Cette dernière a son origine dans les cellules glandulaires et muqueuses des bronches plutôt que dans les cellules de la paroi alvéolaire.

La classification d'EWING des carcinomes bronchogènes comprend en premier lieu les carcinomes pavimenteux et squameux. Ces derniers sont plus fréquents et consistent en cellules épithéliales aplaties et kératinisées constituant des masses concentriques situées habituellement au niveau des grosses bronches. Le carcinome cylindrique ou columnaire présente un arrangement glandulaire ou papillaire et se trouve à la périphérie. On le voit plus fréquemment chez la femme que chez l'homme.

Le second groupe est constitué par le carcinome indifférencié ou anaplastique qui comprend les carcinomes à petites cellules de type "oat-cell" et les carcinomes spino-cellulaires. Ce groupe de carcinome est caractérisé par son développement rapide et sa métastatisation précoce.

Le 3ème groupe est celui des carcinomes alvéolaires qui est diffus et prend son origine soit dans l'alvéole soit dans la partie terminale de l'arbre bronchique.

4ème groupe: Carcinome muco-cellulaire dont la structure est uniformément glandulaire et produit du mucus.

5ème groupe: adénome bronchique malin dont l'authenticité est mise en doute.

FARBER attache plus d'importance à l'examen cytologique des expectorations pour le diagnostic précoce qu'aux examens radiologiques, puisque l'exfoliation des cellules malignes est plus précoce que l'obstruction bronchique et ses conséquences que révèle l'examen radiologique.

La durée de survie après diagnostic de carcinome bronchique

Les statistiques britanniques et américaines montrent une moyenne de survie de deux mois et demi à 9.9 mois. Dans une étude portant sur 1592 cas en Angleterre, dans la période entre 1936 et 1938, TAYLOR et WATERHAUS ont trouvé une moyenne de survie de 9,9 mois. De cette période 5,5 mois s'étaient écoulés avant le diagnostic précis et 4,4 mois après.

BUGNALL, J.R. publie une statistique portant sur 255 cas non traités pendant les années 1951 et 1952. Tous ces cas sont décédés sauf 8. Dans 4 sur ces 8 cas, la durée de survie au moment de la publication de la statistique, est respectivement de 25, 29, 40 et 41 mois, après le début des symptômes; il s'agit d'un carcinome pavimenteux chez tous les 4.

Sur ces 255 cas, le diagnostic de carcinome bronchique a pu être établi par les moyens suivants:

- 129 cas avec preuve histologique
- 10 cas d'autopsie
- 81 biopsies bronchiques
- 25 biopsies ganglionnaires
- 9 examens cytologiques des expectorations
- 3 cas examens cytologiques d'épanchement pleural.

La plupart des décès surviennent au 5ème mois. La moitié de tout le groupe est décédé au 9ème mois, 35 malades, soit 14% du nombre total, ont vécu plus de deux ans et 39% plus d'un an.

Quant à la durée de survie selon le type histologique elle est comme suit:

Carcinome différencié: La moitié sont morts après 11,5 mois
46% ont vécu plus d'un an
25% ont vécu plus de deux ans.

Carcinome indifférencié: La moitié sont morts après 7,5 mois
31% ont vécu plus d'un an
7% ont vécu plus de deux ans.

L'étude de cette statistique permet, en outre, à l'auteur de constater les faits suivants: la survie augmente avec l'âge du malade, il n'y a pas de différence évidente d'après le sexe, la localisation n'intervient guère, le pronostic est plus mauvais pour ceux qui ont des métastases au moment du diagnostic et enfin si l'on compte la survie à partir du moment du diagnostic, la plus courte correspond aux malades dont les symptômes ont commencé 4-5 mois avant le diagnostic.

BOYD, SUEDAL, KIETLAND, KELLY et TRIMP ont étudié 403 cas de carcinome bronchique dont 104, soit 25,8 p. cent, avaient subi une intervention chirurgicale. Pour la totalité de ce groupe la moyenne de survie était de 10,7 mois. Les patients qui n'avaient reçu qu'un traitement symptomatique ont survécu 4.2 mois, tandis que le groupe soumis à la radiothérapie montrait une survie de 7.9 mois; le groupe soumis à des explorations en vue de diagnostic et sans aucun traitement a survécu en moyenne 5.1 mois alors que le groupe de patients ayant subi ces explorations suivies de radiothérapie a vu sa survie prolongée à 12.6 mois en moyenne. Enfin la pneumonectomie a été suivie d'une survie moyenne de 23.3 mois et la lobectomie de 32.5 mois. Seuls 15 malades ont survécu au delà de 5 ans. Sur ces 15 patients, 14 avaient subi une intervention chirurgicale et 1 avait bénéficié de la chirurgie et de la radiothérapie.

RIGLER, O'LOUGHLIN et TUCKER donnent des chiffres de 22.5 mois dans les cas jugés inopérables et 36.4 mois dans les cas opérés. Ces chiffres sont supérieurs de 10 mois à ceux qu'on admet habituellement.

Ces auteurs ont pu mettre en évidence 50 cas de carcinome bronchique sur 264 sujets radiographiés pour d'autres raisons, alors que la symptomatologie clinique était inexistante. Dans ces cas, le diagnostic fut possible par la comparaison des radiographies répétées. Ces mêmes auteurs ont étudié les signes radiologiques précoces du carcinome pulmonaire. Ils ont pu mettre en évidence des métastases pulmonaires secondaires dans la périphérie des champs pulmonaires alors que le diamètre de ces métastases ne dépassait guère 3 mm.

Les radiographies en série peuvent révéler des lésions nodulaires du cancer primitif du poumon. De même l'interprétation des opacités suspectes peut être moins difficile lorsqu'on dispose de radiographies antérieures.

L'étude comparative de survie après différents traitements montre que l'intervention chirurgicale est la thérapeutique de choix, chaque fois qu'il y a indication opératoire. Cependant le nombre des cas qui se prêtent à l'intervention est limité et même parmi des cas choisis, la résection n'est possible que dans un cas sur cinq. (CHURCHILL).

Depuis 1933, date de la première intervention faite par GRAHAM et couronnée de succès, la mortalité opératoire a pu être réduite grâce aux progrès de la technique opératoire.

BUCHBERG, LUBLEINER et RUBIN, étudiant la durée de survie dans les cas de cancer bronchique avancé non soumis à l'interven-

tion chirurgicale, critiquent le fait de comparer les cas où l'intervention a eu lieu précocement aux cas avancés où toute thérapeutique est aléatoire, car les cas opérés ont été en général soigneusement sélectionnés. Dans un groupe de 443 cas avancés, étudiés par ces auteurs, 373 moururent dans les 2 années qui ont suivi le début des symptômes cliniques. Parmi les autres, il y eut 70 survies de 2 à 7,5 ans sans traitement chirurgical. Ces longues périodes de survie montrent que dans les cas avancés ou dans les tumeurs hautement indifférenciées, la pneumonectomie n'est pas nécessairement indiquée.

Cette limitation du nombre des cas justiciables de l'intervention chirurgicale engage au traitement radiothérapique dans le but d'enrayer la croissance de la tumeur.

BURNETT rapporte une survie de 7 ans dans un cas inopérable, mais soumis à la radiothérapie. Chez ce patient, l'examen bronchoscopique avec biopsie avait montré que la résection était impossible. Le malade fut soumis à un traitement radiothérapique pendant 23 jours. On vit la tumeur régresser et 7 ans plus tard, la seule plainte du patient était l'existence d'une toux chronique non productive.

La radiothérapie peut donc être considérée dans certains cas plus qu'un traitement palliatif. L'expérience clinique montre que l'évolution des tumeurs bronchiques peut être très variable. La progression peut être très rapide comme dans les néoplasmes indifférenciés ou, comme le rapportent BLADES et MAC CORKLE Jr. on peut même voir des régressions spontanées.

Ces auteurs citent le cas d'un homme de 59 ans qui se plaint de toux, dyspnée et une perte de 8 kg. de poids en 6 mois. La radiographie thoracique montre une opacité antérieure dans la plage pulmonaire droite au niveau du 3ème et 7ème espace intercostal. Une thoracotomie droite met en évidence un carcinome inopérable envahissant le hile et le médiastin au niveau de la région de l'artère pulmonaire inférieure. La biopsie montre un carcinome épidermoïde. On trouve même quelques métastases osseuses. Les radiographies de contrôle faites dans la période post-opératoire montrent un nettoyage progressif des lésions pulmonaires droites.

Cinq ans plus tard, à l'occasion d'un examen de contrôle, on fait une révision soignée de l'anamnèse. Le malade avait simplement changé de profession depuis l'intervention et ne se trouvait plus, de ce fait, exposé à certaines fumées. On fait des radiographies du thorax, crâne, bassin et colonne vertébrale. La radiographie thoracique montre une opacité de 3 cm. de diamètre, de tonalité irrégulière, située

dans le 2ème espace intercostal gauche et d'apparition récente. Quant à la tumeur pulmonaire droite primitive, elle avait presque entièrement disparu. Le crâne montre des métastases ostéolytiques dans la région occipitale. On ne voit pas d'autres métastases osseuses.

Les auteurs ne donnent pas d'explication à cette regression spontanée. La poussée fébrile post-opératoire n'a pas de signification particulière pour ces auteurs.

HANDLEY en 1909 tenta d'expliquer le comportement de tumeurs de ce genre. Pour cet auteur, chaque groupe de cellules néoplasiques a son cycle vital particulier et la mort du patient n'est due qu'à des effets secondaires avant l'achèvement de ce cycle.

RUBENS-DUVAL expliquait la regression spontanée des tumeurs par des phénomènes d'auto-immunisation ou l'action des épisodes fébriles. L'auteur appuyait son hypothèse sur le fait qu'au cours de certaines maladies infectieuses hautement fébriles telles que l'érésypèle, la variole, la pneumonie, la malaria et la tuberculose on a pu voir des regressions de tumeur. Cependant, la pyrétothérapie n'a montré aucun effet favorable dans le traitement des tumeurs malignes.

Nous avons étudié à la Clinique Médicale de l'Université de Genève la durée de survie dans 85 cas de carcinome bronchique, hospitalisés à la Clinique Médicale Universitaire entre 1945 et 1954.

Le tableau I montre la fréquence selon le sexe, l'âge, le début des symptômes cliniques, la date du diagnostic, la vitesse de sédimentation globulaire, le rôle éventuel du tabac et la date du décès. Dans 40 cas, le diagnostic ne fut posé qu'après la mort. La moyenne de survie est basée, de ce fait, sur l'étude de 45 cas.

Sur les 85 cas, 73 soit 85.9 p. cent sont du sexe masculin et 12 soit 14,1 p. cent du sexe féminin.

La période séparant l'apparition des symptômes cliniques de l'exitus varie de 1.7 mois à 25.7 mois avec la durée moyenne de 18.1 mois. Le début clinique exact est difficile à déterminer, car chez la plupart de ces malades, les phénomènes de toux et d'infection bronchique étaient présents depuis des années. La durée de survie depuis le moment de diagnostic est de 3.1 mois au minimum et 44.2 mois au maximum avec la durée moyenne de 4.6 mois.

Chez les malades de sexe masculin, la durée de survie

est de 3 jours à 44.2 mois. L'âge moyen est de 60.9 ans . Ces chiffres se rapportent à 41 cas, car dans 27 cas le diagnostic n'a pu être posé qu'à l'autopsie alors que dans 5 cas la date de décès n'est pas connue. Deux patients sont encore en vie, l'un depuis 30 mois et l'autre depuis 44.2 mois.

Chez les patients du sexe masculin le diagnostic histologique est le suivant:

- 1) 25 cas, soit 34.2 p. cent, de carcinome indifférencié avec la moyenne de survie de 2.8 mois depuis la date du diagnostic.
- 2) 23 cas, soit 32.8 p.cent de carcinome squameux avec survie de 4-5 mois.
- 3) 11 cas, soit 15% d'adénocarcinome avec survie de 5.7 mois.
- 4) 14 cas, soit 19,1% dont le diagnostic histologique n'a pas été déterminé.

51, soit 69.8% des patients du sexe masculin étaient fumeurs, 2, soit 2.7% non fumeurs et dans 20 cas, soit 27,4%, on ignore si les sujets avaient l'habitude de fumer. La durée moyenne de survie chez 27 fumeurs était de 6.0 mois.

Chez les non fumeurs, il y eut 10 carcinomes squameux, 9 carcinomes de type "oat cell", 1 adénocarcinome, 1 carcinome indifférencié, 1 carcinome à grandes cellules claires et 5 cas non classifiés histologiquement.

Chez les patients du sexe féminin, la durée de survie la plus courte est de 2.4 mois dans un cas et la durée la plus longue est de 6.8 mois dans un cas également. Durée moyenne: 4.3 mois. Dans 10 cas le diagnostic ne fut confirmé qu'à l'autopsie. Age moyen de ce groupe: 69.0 ans.

Chez les patients de sexe féminin le diagnostic histologique est le suivant:

- 1) 5 adénocarcinome dont un avec une survie de 2.4 mois après le diagnostic.
- 2) 3 carcinomes indifférenciés
- 3) 1 carcinome alvéolaire
- 4) 1 carcinome squameux
- 5) 2 cas non classifiés histologiquement.

5 cas n'ayant subi aucun traitement radiothérapique ou chirurgical vécuturent de 3 jours à 44.0 mois après diagnostic de la maladie alors que 14 cas soumis à la radiothérapie eurent une survie moyenne de 57 mois (?)

Parmi les cas traités aux R.X. 3 furent aussi traités chirurgicalement. La survie moyenne de ces derniers est de 6.2 mois (minimum 7 jours, maximum 1 an). Il y eut en tout 5 opérations chirurgicales

dont 3 avec radiothérapie.

F.W. (Observation No 2627)

Homme de 54 ans. Subit une thoracotomie exploratrice qui met en évidence un carcinome inopérable. L'examen histologique révèle un épithélioma spino-cellulaire. Le malade décède 5.2 mois après l'intervention. Survie après diagnostic 13.2 mois.

B.E. (Observation 2285)

Homme de 48 ans dont les symptômes débutent en janvier 1954 par des expectorations hémoptoïques et perte d'appétit et du poids (10 kg). En février 1954, on fait une lobectomie inférieure. Il y a récurrence et le malade subit 47 séances de R.X. mais son état se détériore et il décède 8 mois après l'opération. L'autopsie montre des métastases des ganglions hilaires, hépatiques, osseuses et surrénaliennes. L'examen histologique met en évidence un carcinome mixte: adénocarcinome et carcinome du type "oat-cell" .

T.E. (Observation 1653)

Homme de 59 ans. En décembre 1945, le malade est traité par électrocoagulation à la Clinique oto-rhino-laryngologique pour un carcinome épiglottique de type squameux. En mai 1951, il se plaint de fatigue, toux, augmentation des expectorations et dyspnée d'effort. La bronchoscopie montre une sténose de la bronche souche droite et l'examen histologique de la pièce de biopsie révèle l'existence d'un carcinome de type "oat-cell". Le patient subit une intervention chirurgicale le 30.7.51 et meurt d'œdème pulmonaire 7 jours plus tard. Survie après diagnostic: 1 mois.

E.J. (Observation 204)

Homme de 60 ans se plaignant de fatigue depuis novembre 1951. Il signale également de la température vespérale et une douleur précordiale. La radiographie thoracique montre une opacité de la région paracardiaque gauche. Le traitement pénicillinique reste sans effet sur la température. Sous traitement à la Chloromycétine, la température redevient normale mais il persiste une leucocytose à 11500. Le patient est mis entre les mains des chirurgiens pour une pneumonectomie. A l'intervention, on constate que le lobe gauche et la région scissurale sont le siège d'une énorme tumeur abcédante de la dimension

d'une tête d'enfant qui s'étend à l'oreillette gauche ce qui rend son extirpation totale impossible. Le malade meurt 6 mois après l'intervention, aphone et cachectique.

G.J. (Observation 733)

Homme de 53 ans se plaignant de fatigue, douleur à l'hypochondre droit et expectorations striées de sang. En mars 1953, on voit une opacité de la base du poumon gauche. Le patient est soumis à l'intervention et subit l'exérèse du lobe inférieur gauche.

Après l'intervention, le malade grossit de 9 kg. et reprend son travail. Mais bientôt survient une paralysie recurrentielle gauche qui n'est nullement influencée par la radiothérapie. Le malade meurt 1 année après l'intervention.

Le traitement médicamenteux fut tenté chez un homme de 54 ans. Chez ce patient dont le diagnostic fut confirmé histologiquement par la bronchoscopie avec biopsie, le traitement chirurgical et aux R.X. furent jugés inutiles. On administre au malade de la Triéthylène-méla-mine (T.E.M.) (Lederle) à la dose de 5.0 mg. par jour. Ce traitement ne semble pas avoir influencé l'évolution de la maladie puisque le malade décède 3.6 mois après le diagnostic.

DISCUSSION

Le nombre de cas étudiés dans ce travail est trop minime pour permettre de tirer des conclusions. Cependant, nous pensons qu'on peut en dégager quelques renseignements utiles.

La durée de survie dans la série étudiée n'est pas sensiblement différente chez les malades traités symptomatiquement que chez ceux qui ont été soumis à l'intervention chirurgicale ou à la radiothérapie.

La durée de survie est légèrement plus longue chez les fumeurs que chez les non fumeurs de cette série. Ceci tiendrait probablement au fait que le diagnostic de tumeur bronchique est plus volontiers suspecté (et posé) chez les fumeurs que chez les non fumeurs. D'autre part, le type histologique de carcinome plus fréquemment rencontré chez les fumeurs de cette série, en l'occurrence le carcinome squameux, se développe en général plus lentement.

Chez les patients de sexe féminin, le diagnostic ne fut en général posé qu'à l'autopsie. Ceci se conçoit aisément si l'on tient compte du fait que le carcinome bronchique est considéré comme rare chez la femme.

C O N C L U S I O N

Dans une série de 85 cas de carcinome bronchique hospitalisés à la Clinique Médicale entre 1945 et 1954, la survie moyenne, après l'établissement du diagnostic, est de 4.6 mois. La survie la plus courte est de 3 jours dans un cas et de 44.2 mois dans un autre cas. L'âge moyen des patients est de 62.0 ans et la durée moyenne de la symptomatologie clinique est de 18.1 mois.

Cette étude porte sur 73 hommes dont 2 encore vivants, l'un depuis 30 mois, l'autre depuis 44.2 mois et 12 femmes. Chez tous ces patients le diagnostic a été confirmé soit par la bronchoscopie avec biopsie, soit par l'examen cytologique du liquide pleural, soit à l'autopsie.

La durée moyenne de survie des patients du sexe masculin est de 4.6 mois et leur âge moyen est de 60.9 ans.

La survie selon le type histologique se présente de la façon suivante:

- 1) 25 cas de carcinome indifférencié avec survie de 2.8 mois.
- 2) 25 cas de carcinome squameux avec survie de 4.5 mois.
- 3) 11 cas d'adénocarcinome avec survie de 5.7 mois.
- 4) 14 cas non classifiés histologiquement.

Chez 25 fumeurs la survie moyenne est de 6.0 mois. 10 de ces patients étaient atteints d'un carcinome squameux.

Cinq patients de sexe masculin furent soumis à l'intervention chirurgicale et survécurent 6.2 mois en moyenne. Un de ces patients survécut 7 jours seulement à l'intervention alors qu'un autre patient eut une survie d'un an.

Le survie moyenne des patients du sexe féminin est de 4.3 mois (durée minima 2.4 mois, durée maxima 6.8 mois). Chez ces malades, le diagnostic fut posé à l'autopsie dans 9 cas sur 12. L'âge moyen de ce groupe est de 69.0 ans et le type histologique de la tumeur bronchique est représenté par 5 adénocarcinomes, 3 carcinomes indifférenciés, un carcinome alvéolaire, 1 carcinome squameux et 2 carcinomes non classifiés histologiquement. Aucune de ces patientes n'avait l'habitude de fumer.

Cas	Obser- vation	Sexe	Age	Début des symptômes	Date du diagnostic	Vitesse de sédimen- tation	Exitus	Durée de survie ap. diagnostic en mois
D.C.		♂	52	juin 1944	23.IV.45: biopsie carcinome très in- différencié	11.IV.45: 66/94/135 27.IV.45: 92/126/141	28.VI.45	2.3
F.J.		♂	51	XI.1944	6.III.45: Autopsie carcinome à petites cellules	12.I.45: 75/90/125 16.II.45:60/95/130	6.III.45	0
S.H.		♂	69	XI.1944	4.II.45: Autopsie carcinome à petites cellules	26.I.45: 81/110/132	4.II.45	0
L.F.		♂	60		15.I.45: Biopsie de ganglion: carcinome à petites cellules	8.I.45:115/125/140 10.I.45:99/123/140	27.I.45	0.4
L.J.		♀	75	XII 1944	22.I.45:Autopsie	4.I.45: 75/90/112 8.I.45: 95/110/130	22.I.45	0
P.L.		♂	64	VIII.45	31.I.46: Biopsie de ganglion: car- cinome à petites cellules cubiques	3.I.46:131/143/152 9.I.46:112/126/140	3.II.46	0.06
M.C.		♂	45	V.1946	12.XI.46: Cytolo- gie de l'épanche- ment: carcinome à petites cellules	27.VIII.46:55/84/124 12.IX.46:115/130/140	1.XII.46	0.7
M.C.		♂	73	VI.45	3.V.46: Autopsie: carcinome pavi- menteux.	2.IV.46:105/119/124	3.V.46	0
H.G.		♂	40	IV.45	3.III.46: Biopsie de ganglion: Carcinome à petites cellules	21.VIII.45:67/82/102 13.II.46:44/58/93 30.3.46: 1/5/60	10.IV.46	1.3

Sexe- tion	Age	Début des symptômes	Date du diagnostic	Vitesse de sédimen- tation	Exitus	Durée de survie ap. diagnostic en mois	Fumeur
♂	60	III.46	27.I.47: Carcinome à petites cellules	9.VIII.46:60/92/103 19.VIII.46:35/55/98	1.V.47	3.4	?
♂	52	13.III.46	9.VII.46: Examen de crachat. Carcinome pavimenteux Spino-Cellulaire	11.V.46:102/116/138 1.VII.46:85/117/134	29.IX.46	2.8	?
♂	36	VIII.43	2.VI.45: Biopsie de ganglion épithé- liome. Autopsie: carcinome à petites cellules	18.VI.45:90/126/138 19.VII.45:62/92/120 5.III.46:14/27/74 23.IV.46: 50/72/118	25.V.46	12.6	oui
♂	62	X.46	6.II.47: Biopsie Carcinome pavi- menteux	_____	13.II.47	0.2	oui
♂	53	VIII.47	18.X.47: Biopsie carcinome à petites cellules	20.X.47: 39/43/98	29.X.47	0.4	?
♂	66	IX.46	11.XII.46:Biopsie: Carcinome à petites cellules	5.XII.46:74/105/120	6.I.47	6.2	?
♀	69	VII.47	2.X.47: Cytologie de l'épanchement carcinomateux: carcinome à grandes cellules	30.IX.47:87/105/115 28.X.47:102/132/148 I.XII.47:137/141/145	10.XII.47	2.4	non
♀	62	7.VI.47	14.VIII.47:Autop- sie: Carcinome alvéolaire	16.VI.47: 39/86/113 29/VII.47:46/80/119	14.VIII.47	0	?

Cas	Observation	Sexe	Age	Début des symptômes	Date du diagnostic	Vitesse de sédimentation	Exitus	Durée de survie ap. diagnostic en mois	F
R.M.		♀	57	III.46	15.II.47: Autopsie: T.B. et carcinome nodulaire caséifié	27.I.47: 6/14/65 14.II.47:17/37/98	15.II.47	0	
A.L.		♀	76	III.46	19.I.47: Autopsie: Carcinome à petites cellules	10.I.47: 11/19/71	19.I.47	0	
B.H.	717	♂	48	1943	22.III.48:Autopsie: Carcinome à petites cellules rondes	11.III.48:45/67/112 18.III.48:30/47/98	20.III.48	0	
D.G.	1703	♂	54	X.47	17.IV.48:Autopsie: Carcinome solide baso-cellulaire	7.VIII.48:83/118/132 1.X.48: 84/118/130	13.X.48	6.1	
J.L.	224	♂	52	XII.46	V.47: Biopsie: Carcinome pavimenteux. Autopsie: Carcinome à petites cellules en grain d'avoine, épithélioma, mixte épidermoïde	16.X.47: 55/79/105 7.I.48:110/141/151	31.I.48	9.6	
M.P.		♂	56	VI.47	7.VI.47: Carcinome baso-cellulaire	24.V.48:10/19/96 8.VII.48:69/98/135		5.3	
A.M.		♂	66	XI.47	11.II.48:Autopsie Carcinome à petites cellules rondes	28.I.47: 8/15/53 18/X.47: 12/25/70	11.II.48	0	
P.E.		♂	51	1923	18.VIII.48:Autops. Carcinome solide pavimenteux	20.VII.48:28/42/86	18.VIII.48	0	

Observation	Sexe	Age	Début des symptômes	Date du diagnostic	Vitesse de sédimentation	Exitus	Durée de survie ap. diagnostic en mois	Fumeur
	♂	44	1944	16.II.48:Biopsie: Carcinome pavimenteux.	4.II.48:20/29/106 25.II.48:92/118/137	?	—	oui
2213	♂	76	3.X.49	9.X.49:Carcinome à petites cellules	—	9.X.49	0	oui
1359	♂	68	I.49	25.V.49: Autopsie	24.5.49:30/57/105	25.V.49	0	?
898	♂	61	1940	26.III.49:Biopsie	25.III.49:12/20/108	7.IV.49	0.4	?
561	♂	47	VI.48	15.II.49: Biopsie Carcinome solide à petites cellules	3.II.49: 60/93/119 23.III.49:47/62/101	28.III.49	1.5	oui
2627	♂	54	XII.48	III.49: Carcinome solide épithéliome spino-cellulaire	3.III.49: 33/64 20.X.49: 22/36/108	9.III.50	14.2	oui
1738	♂	72	VI.48	6.VIII.49:Biopsie Carcinome à petites cellules atypiques	22.VII.49:123/130/139 30.VII.49:119/130/149		3.12	oui
1822	♂	60	III.48	2.VIII.49:Autops. Adenocarcinome bronchique à cellules polymorphes	3.II.49: 33/60/110 1.VIII.49:25/51/100	1.VIII.49	0	?
	♀	59	XII.48	22.II.49: Gyroscopie de l'épamchement carcinomateux. Autopsie: Adénocarcinome squirrheux, bronchiolaire	5.II.49: 5/11/43 10.V.49: 15/31/78	3.IX.49	6.8	?

Cas	Obser- vation	Sexe	Age	Début des symptômes	Date du diagnostic	Vitesse de Sédimen- tation	Exitus	Durée de survie ap. diagnostic en mois	Fumée
H.M.		♀	70	1939	25.VII.49:Autopsie Carcinome à peti- tes cellules, cubo-cellulaires	12.XI.48:64/92/127 23.VI.49:63/91/126 9.VII.49:38/66/107	25.VII.49	0	?
R.E.	249	♂	56	VI.1950	11.I.51:Autopsie: Carcinome bron- chique à cellules en grains d'avoine	5.I.51: 5/9/39	10.I.51	0	oui
S.C.	1320	♂	63	13.II.51	12.V.51:Biopsie: carcinome pavimen- teux indifférencié	6.II.51:80/119/142 2.VI.51:76/133/148	27.VII.51	2.6	oui
M.P.	223	♂	60	1943	7.II.51: Autopsie: carcinome du type "Oat-Cell"	4.I.51: 94/129	7.II.51	0	oui
L.M.	1797	♂	69	1949	15.IX.51:Autopsie: Mésothéliome de la plèvre	19.VII.51:40/54/96 15/VIII.51: 52/103	15.IX.51	0	?
C.J.	1840	♂	59	Hiver 50-51	3.XI.51: Biopsie: Carcinome solide pavimenteux	20.X.51: 34/50/83 4.XII.51:55/73/88	28.XII.51	1.9	oui
P.L.	1151	♂	74	XII.50	26.VI.51:Biopsie: Carcinome spino- cellulaire, papil- laire	13.IV.51:80/98/109 11.V.51:68/110/125	27.VII.51	0.9	oui
T.E.	1653	♂	59	V.51	9.VII.51:Biopsie: Carcinome à peti- tes cellules	26.VI.51:87/105/115 5.VII.51:98/109/120	7.VIII.51	1.0	?

Cas	Observation	Sexe	Age	Début des symptômes	Date du diagnostic	Vitesse de sédimentation	Début	Durée de survie ap. diagnostic en mois	Fumeur
G.E.	475	♂	53	VI.1951	10.I.52: Bronchoscopie Biopsie: Carcinome à petites cellules	29.I.52: 34/62/110 7.II.52: 26/38/86	11.II.52	1.1	oui
G.N.	911	♂	70	I.1952	19.IV.52: Examen des crachats: Cellules suspectes Autopsie: Adénocarcinome	26.III.52: 7/75/102 10.IV.52 : 12/24/82 30.IV.52: 3/5/21	13.V.52	0.8	?
G.L.	2768	♂	54	51-52	22.XII.52: Métaplasie pavimenteuse	16.XII.52:40/66/115 27.XII.52:56/87/120	10.IV.53	3.8	oui
C.L.	268	♂	79	XII.51	19.II.52:Autopsie Carcinome mucipare bronchique	7.I.52:42/69/116 19.I.52:69/100/134	19.II.52	0	?
C.F.	2569	♂	72	III.52	25.XII.52:Autopsie Carcinome bronchique pavimenteux	18.XI.52:19/37/89	25.XII.52	0	oui
C.L.	454	♂	78	1.III.52	4.II.52: Cellules carcinomateuses dans l'épanchement	28.I.52:29/50/92 20.II.52:46/87/134	1.III.52	0.8	oui
C.W.	1723	♂	74	IX.51	4.VIII.52:Autopsie Carcinome spino-cellulaire indifférencié	19.VII.52:50/79/112 4.VIII.52:67/98/127	4.VIII.52	0	oui
C.A.	1042	♀	76	II.51	1.V.52:Autopsie: Carcinome pavimenteux indifférencié	8.II.51 :50/71/121 20.II.51:77/102/132	1.V.52	0	?

Cas	Observation	Sexe	Age	Debut des symptomes	Date du diagnostic	Vitesse de sédimentation	Exitus	Durée de survie ap. diagnostic en mois	Fumeur
P.G.	318	♂	63	VI.52	22.I.53: Broncho- scopie: Carcinome à petites cellules	15.I.53: 4/8/43 7.II.53: 9/28, 90		30.0	oui
M.C.	256	♂	49	1952	8.II.53: Autopsie: Carcinome squameux	9.I.53: 65/80/100 5.II.53: 105/119/140	8.II.53	0	oui
M.A.	1987	♂	70	1951	21.VIII.53: Autopsie Carcinome à petites cellules	21.VI.51: 17/34/92 12.VII.53: 26/52, 90	21.VIII.53	0	oui
C.N.	401	♀	74	XI.52	29.V.53: Examen cellules malignes Autopsie: Carcinome à grosses cellules cubiques	23.I.53: 14/22/42 29.IV.53: 12, 36, 105	29.V.53	0	?
M.W.	2678	♂	45	IX.52	VIII.53: Biopsie: Carcinome du type épidermoïde	17.IX.53: 50/80	2.XII.53	4.3	?
P.E.	306	♂	48	III.1952	19.I.53: Bronchoscopie	13.I.53: 29/42/91 30.I.53: 48/77/186	15.II.53	.9	oui
M.J.	926	♂	50	1953	27.XI.54: Autopsie	27.X.52: 22/49, 110 22.V.54: 88/104 3.VI.54: 104/134	27.XI.54	0	oui
S.E.	1989	♂	73	VI.54	30.VI.54: Autopsie: Carcinome pavimen- teux indifférencié	_____	30.VI.54	0	?
C.L.	1296	♀	50	XII.48	9.XI.54: Cellules malignes dans les expectoration	19.X.54: - 18/39	23.XI.54	.5	?

Observation	Sexe	Age	Début des symptômes	Date du diagnostic	Vitesse de sédimentation	Exitus	Durée de survie ap. diagnostic en mois	Fumeur
2285	♂	48	1.54	31.X.54: Autopsie: Carcinome à petites cellules et adénocarcinome	18.X.54: 28/44 20.X.54: 18/35	31.X.54	0	oui
2365	♂	77	III.54	9.VII.54: Bronchoscopie et biopsie: Carcinome à petites cellules	29.X.54: 22/34 8.XI.54: 62/94	13.XI.54	4.4	oui
1107	♂	77	20.V.53	VI.53: Biopsie de ganglion: Carcinome solide cubo et cylindro cellulaire	15.10.53: 54/89/177 31.III.54: 61/95	21.IV.54	11.4	oui
972	♂	66	7.IV.53	8.IV.54: Autopsie: Carcinome pavimenteux	_____	8.IV.54	0	oui
281	♂	77	I.53	8.II.54: Examen d'épanchement adénocarcinome	29.I.54: 3/9 1.II.54: 5/13	12.III.54	1.2	non
1277	♂	68	Hiver 52-53	20.V.53: Autopsie: carcinome épidermoïde	7.V.53: 98/116/125	20.V.53	0	oui
204	♂	60	XI.51	4.I.53: Autopsie: Carcinome bronchique épidermoïde indifférencié	28.II.52: 74/104/132 12.IV.52: 38/67/86	4.I.53	0	oui
65	♂	64	VIII.52	13.IX.52: Bronchoscopie biopsie: Carcinome à grandes cellules claires	5.XII.52: 30/50/70 20.XII.52: 28/54/112	6.I.53	4.0	oui

Cas	Observation	Sexe	Age	Début des symptômes	Date du diagnostic	Vitesse de sédimentation	Exitus	Durée de survie ap. diagnostic en mois	Fumeur
D.A.	2766	♂	60	1950	1.XII.53: Bronchoscopie biopsie: Carcinome squameux	26.XI.53: 9/21	15.VII.54	8.0	oui
C.C.	465	♂	71	1950	5.XII.52: Bronchoscopie Biopsie	26.III.52: 37/65/108 30.I. 53: 50/55/105 5.II. 53: 49/101/130	?		oui
B.A.	2728	♀	66	I.53	30.XI.53: Autopsie Carcinome indéfini	23.XI.53: 60/98	30.XI.53	0	oui
C.P.	1110	♂	82	pas d'anamnèse	29.IV.54: Autopsie: Carcinome malpighien spino-cellulaire	_____	29.IV.54	0	?
P.H.	1519	♂	75	XII.53	7.VIII.54: Autopsie Carcinome à petites cellules	18.I.54: 22/41 21.VI.54: 41/69	7.VII.54	0	?
D.C.	1785	♂	60	I.54	10.VIII.54: Cellules cancéreuses dans les crachats	30.VII.54: 40/74 26.VIII.54: 20/33		4.4	oui
C.C.	1319	♂	56	VII.51	1951	15.V.53: 68/102/127 4.XI.53: 28/44	2.VI.54	44.2	oui
L.M.	1955	♂	50	I.54	15.IX.54: Autopsie: Carcinome à petites cellules	26.VIII.54: 20/43	15.IX.54	0	oui
C.H.	2428	♂	60	X.54	16.XI.54: Cellules atypiques dans l'expectoration	8.XI.54: 72/102 24.XI.54: 53/81	22.XI.54	0.02	oui

Observation	Sexe	Age	Début des symptômes	Date du diagnostic	Vitesse de sédimentation	Exitus	Durée de survie ap. diagnostic en mois	Fumeur
551	♂	62	II.1954	I.III.54: Examen cytologique de l'épanchement cellules suspectes	15.II.54: 90/106 15.III.54: 36/56	26.III.54	.9	oui
733	♂	52	III.53	1953: Lobectomie: adénocarcinome à cellules cylindriques	11.III.54: 29/52 25.III.54: 25/47	7.IV.54	16.3	oui
2897/ 147	♂	60	1951	23.XII.53: Cytologie de l'épanchement: Carcinome à petites cellules	27.VII.53: 61/95/121 15.X.53: 2/5 /17	20.I.54	1.	oui
238	♂	66	XII.53	5.II.54: Autopsie: Microcarcinome à cellules squameuses	7.I.54: 8/22 23.II.54: 53/87	5.II.54	0	oui
565	♂	49	1953	25.II.54: Biopsie de ganglion cervical: métastase de ca. pulmonaire à petites cellules	16.II.54: 25/42 4.III.54: 34/54	?		oui
2347	♀	74	III.51	19.X.51: Autopsie Carcinome anaplastique. Adénocarcinome	28.II.49: 52/31/137 10.X.51: 14/24/61	19.X.51	0	?
2963	♀	71	été.51	2.IX.51: Carcinome à petites cellules	_____	2.IX.51	0	?
985	♂	77	IV.52	29.IV.53. Bronchoscopie	26.III.53: 75/102/115	?		oui
601	♂	60	1952	26.II.54: Carcinome pavimenteux	26.X.53: 32/75 24.II.54: 69/108	26.IV.54	2.0	oui

Bibliographie

1. BOYCE F.F. Causes of death in carcinoma of the lung in a large public hospital. Dis. Chest. 24, 626-641, déc. 1953.-
 2. BUCHBERG A.S., LUBLINER R. et RUBIN E.H. Carcinoma of the lung : duration of life of individual not treated surgically. Dis. Chest. 20, 257-276, sept. 1951.-
 3. BURNETT H.W. Jr., STEINBERG I. et DOTTER C.W. Seven years survival after radiation therapy in a patient with inoperable carcinoma of the lung. New Engl. J. Med. 247, 850-851, nov. 1952.-
 4. CECIL R.L. et LOEB R.F. A textbook of medicine. Philadelphie and London, W.B. Saunders and Co, 868-870, eighth edition, 1951.-
 5. CHURCHILL E.D. Primary carcinoma of lung. J.A.M.A. 137, 455-461, mai 1948.-
 6. FARBER S.M. Cytologic studies of sputum and bronchial secretion in primary carcinoma of lung. Dis. Chest. 14, 633-664, sept.-oct. 1948.-
 7. MUSSER J.H. et WOHL M.G. Internal Medicine Philadelphia, Lea and Febiger, 963-969, fifth edition, 1951.-
 8. RIGLER L.G., O'LOUGHLIN B.J. et TUCKER R.C. The duration of carcinoma of the lung. Dis. Chest. 23, 50-71, janv. 1953.-
 9. TAYLOR A.B. et WATERHOUSE J.A.H. Prognosis for bronchial carcinoma. Thorax 5, 257-267, sept. 1950.-
 10. STEINER P.E. Cancer : Race and geography. Baltimore, William and Wilhin and Co, 105-118, first edition, 1954.
-

